

Francisco Ferre¹
Julia Cambra¹
Mercedes Ovejero²
Ignacio Basurte-Villamor¹

Influencia de los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos en la calidad de vida y funcionalidad de los trastornos de conducta alimentaria

¹Servicio de Psiquiatría B. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España

²Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. España

Introducción. Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) se han relacionado con el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), ya que algunos síntomas son comunes. Este estudio tiene como objetivo explorar la influencia de los síntomas sugestivos de TDAH del adulto en los TCA y de cómo estos síntomas influyen en la clínica y presentación de los pacientes en la vida adulta. También se pretende valorar la repercusión de los mismos en la calidad de vida y los sentimientos de discapacidad.

Metodología. Incluimos 89 pacientes diagnosticados de TCA según criterios DSM-5. Se empleó la ASRS v.1.1. para dividirlos en dos grupos en función de si presentaban clínica sugestiva de TDAH del adulto o no, según un punto de corte establecido en 4. Posteriormente se administraron las escalas EAT-40, BITE, BIS-11, SDI y Q-LES-Q.

Resultados. Los pacientes con diagnóstico de TCA y sintomatología sugestiva de TDAH presentan mayor sintomatología alimentaria y más severa, mayor impulsividad motora y cognitiva, mayor disfunción y peor calidad de vida.

Conclusiones. Los resultados permiten comprobar que los pacientes con TCA y sintomatología de TDAH presentan, por término medio, peor sintomatología alimentaria, de mayor severidad, mayor impulsividad, mayor disfunción y peor calidad de vida. Por tanto, se considera importante evaluar la presencia de síntomas TDAH en pacientes con TCA por las implicaciones en el pronóstico y la evolución.

Palabras clave: TDAH, TCA, Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, Trastorno de conducta alimentaria, Funcionalidad, Calidad de vida

Actas Esp Psiquiatr 2017;45(3):98-107

Correspondencia:
Francisco Ferre Navarrete
Servicio de Psiquiatría B
Hospital General Universitario Gregorio Marañón
c/ Ibiza 43, 28009 Madrid, España
Tel.: +34 915868137
Fax: +34 914265241
Correo electrónico: francisco.ferre@salud.madrid.org

Influence of attention deficit hyperactivity disorder symptoms on quality of life and functionality in adults with eating disorders

Introduction. Eating disorders (ED) have been linked to attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) because they present some symptoms in common. The aim of this study was to explore the influence on ED of symptoms suggestive of adult ADHD and how these symptoms affect the clinical presentation of adult patients. A further aim was to assess the impact of ADHD symptoms on quality of life and feelings of disability.

Method. Participants comprised 89 patients diagnosed with ED according to DSM-5 criteria. The ASRS v.1.1 was used to divide them into two groups depending on whether they presented symptoms suggestive of adult ADHD or not, using a cut-off point of 4. Subsequently, we administered the EAT-40, BITE, BIS-11, SDI and Q-LES-Q scales.

Results. Patients diagnosed with ED who also had symptoms suggestive of ADHD presented a higher number and severity of eating disorder symptoms, greater motor and cognitive impulsivity, increased dysfunction and a poorer quality of life.

Conclusions. The results indicate that on average, patients with eating disorders and ADHD symptoms presented more and worse eating disorder symptoms, greater impulsivity, increased dysfunction and a poorer quality of life. It is therefore important to assess the presence of ADHD symptoms in patients with ED due to the implications for prognosis and progression.

Keywords: ADHD, ED, Attention deficit hyperactivity disorder, Eating disorder, Functionality, Quality of life

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención (TDAH) y los trastornos de conducta alimentaria (TCA) presentan elementos psicopatológicos comunes¹⁻⁴, que en ocasiones dificultan el diagnóstico en las etapas iniciales de la enfermedad, lo cual puede tener implicaciones en la evolución. Se han identificado como los síntomas comunes más característicos entre ambos trastornos: la impulsividad, la hiperactividad y el déficit de atención¹.

Varios estudios han relacionado los patrones de conducta alimentaria anormales durante la infancia con el TDAH, incluso comparados con controles, pero la literatura sobre la relación entre TDAH y TCA todavía es escasa⁴. A pesar de que en los últimos años el estudio de TDAH en pacientes adultos está aumentando, todavía es frecuente encontrar resultados dispares entre distintas investigaciones⁵. No obstante, cada vez hay más evidencia que señala la conexión entre TDAH y TCA, especialmente con bulimia nerviosa (BN)⁴. Se ha vinculado al TDAH con los TCA en base a que los pacientes con mayor déficit de atención, impulsividad, y con déficits neuropsicológicos presentarían síntomas más graves de TCA, atribuyendo al déficit de atención la gravedad de la conducta alimentaria⁴. Por otro lado también se ha atribuido a la inatención y a la impulsividad un papel desencadenante de los TCA, especialmente las conductas de atracón^{4,6}. Pero también encontramos autores como Stulz⁵ que, en una muestra reducida de mujeres, encontró una débil relación entre la gravedad de los síntomas de TDAH y la gravedad de los de TCA.

Se ha estimado que hay tres veces más riesgo³ de TCA (principalmente BN y trastorno por atracón) entre los pacientes con TDAH^{1,2,7-9}, sobre todo entre las mujeres^{9,10}. Además, tener TDAH en mujeres incrementa el riesgo de conductas purgativas y de atracón, pero no el de las restrictivas. Sin embargo, la contribución específica del TDAH a los síntomas de TCA, y de lo que suponen como psicopatología adicional sigue siendo poco clara¹¹. Tanto las conductas de atracón como las purgativas podrían considerarse de tipo impulsivo en las pacientes con BN, habiéndose obtenido mayores resultados en impulsividad en las pacientes con BN frente a los controles sanos⁵. También se han encontrado diferencias significativas en el déficit de atención entre pacientes con anorexia nerviosa (AN) y BN frente a controles sanos. El ejercicio extremo, característica importante en la AN, podría considerarse como una conducta de inquietud o hiperactividad presente en el TDAH. El trastorno por atracón también se caracteriza por atracones, impulsividad y una alta tasa de comorbilidad con TDAH⁴. En los últimos años se ha relacionado el TDAH con la obesidad, lo que podría explicarse por la presencia de conductas alimentarias anormales como atracones impulsivos, o por la posibilidad de que la obesidad y el TDAH pudieran ser expresión de disfunciones neurológicas

comunes, o al menos en un subconjunto de sujetos. No obstante, estos resultados se basan principalmente en estudios retrospectivos⁶.

Se ha visto que pacientes con TDAH clínico son más propensos a experimentar TCA con conductas de atracón, purgativas y de restricción, y que los individuos diagnosticados de TDAH subclínico (tanto el subtipo inatento, como el hiperactivo) lo eran a presentar atracones y conductas purgativas de manera subclínica, pero no a tener conductas restrictivas¹². Varios estudios señalan que los adultos con TDAH presentan tasas mayores de prevalencia de otros trastornos mentales comórbidos en comparación con la población general^{3-5,7,13}. Se ha señalado que la comorbilidad psiquiátrica puede ser un marcador de TDAH más severo, sobre todo en el subtipo combinado^{5,14}. La presencia de TDAH comórbido en pacientes con diagnóstico de TCA podría afectar al curso de la enfermedad, y por tanto, es de especial relevancia el tratamiento. Se ha propuesto que plantearse el diagnóstico de TDAH es crucial en el abordaje inicial de los TCA¹⁵.

Diversos estudios muestran que los pacientes con TCA tienen peor calidad de vida que otros trastornos psiquiátricos y que la población general^{16,20}. De igual manera existen múltiples estudios que hablan de la repercusión de calidad de vida y funcionalidad en pacientes con TDAH²¹⁻²³. Se ha señalado a las conductas de atracón y purgativas como posibles determinantes del deterioro en la calidad de vida de estos pacientes¹⁸, además de las posibles comorbilidades psiquiátricas²⁰, como la depresión mayor, los trastornos por uso de sustancias o el trastorno límite de personalidad. También se ha visto que tienen afectadas varias áreas de funcionamiento psicosocial^{7,13}.

En este estudio se explora la influencia de los síntomas sugestivos de TDAH del adulto en los trastornos de la conducta alimentaria y de cómo estos síntomas influyen en la clínica y presentación de los pacientes en la vida adulta. De igual manera, pretendemos valorar la repercusión de los mismos en la calidad de vida y sentimientos de discapacidad de los pacientes con TCA.

METODOLOGÍA

Participantes

Se extrajo una muestra de pacientes ambulatorios de una clínica de trastornos de conducta alimentaria que atiende a población adulta con diagnóstico de TCA y que proceden de distintas áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid (España). Se invitó a participar en el estudio a 168 pacientes adultos atendidos en un periodo de 4 meses que dieron su consentimiento inicialmente. Cincuenta de ellos fueron ex-

cluidos porque la gravedad de su clínica impedía una apropiada evaluación. Un total de 29 rehusó participar, siendo finalmente incluidos 89 pacientes que realizaban tratamiento y seguimiento según la práctica clínica habitual por TCA. La mayoría de pacientes eran de sexo femenino (95,5%), con un tiempo medio de evolución de 10,85 años (DT=8,2). En total, 46 de los 89 pacientes incluidos en el estudio presentaba sintomatología significativa sugestiva de TDAH del adulto según la ASRS v1.1, por lo que fueron incluidos en el grupo con síntomas de TDAH del adulto (grupo TDAH), y los 43 restantes en el grupo sin síntomas significativos de TDAH (grupo no-TDAH), según un punto de corte establecido de 4 respuestas en puntuaciones criterio que estiman sugestivas de existencia de TDAH en el adulto. La edad media de los pacientes incluidos en el grupo-TDAH fue de 32,76 años (DT=9,89); la del grupo-no TDAH era de 30,84 (DT=9,75). Los demás datos sociodemográficos que definen nuestra muestra se detallan en la Tabla 1 del apartado de resultados.

Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron: diagnóstico confirmado de cualquier tipo de TCA según el DSM-5²⁴; estabilidad clínica al momento de la evaluación (ausencia de recaída sintomática en los 6 meses previos); firma del consentimiento informado y edad mayor de 18 años. Por otra parte, los criterios de exclusión fueron: embarazo, retraso mental y patología médica grave no relacionada con el TCA. Este estudio fue aprobado por el Comité Ético del hospital al cual pertenece la clínica de trastornos de conducta alimentaria.

Instrumentos de evaluación

Se usaron de manera consecutiva los siguientes instrumentos de evaluación, validados para el uso en población española (la información sobre propiedades psicométricas de estos instrumentos en el presente estudio está disponible bajo petición al autor principal):

- **ASRS-V1.1 (ADHD Self-ReportScale)**: es un cuestionario autoadministrado de cribado de TDAH en el adulto, que consta de 18 ítems. Cuatro respuestas en puntuaciones criterio se estiman sugestivas de existencia de TDAH en el adulto. Fiabilidad: La escala de 6 ítems ofrece una consistencia interna de 0,68 (0,92 para la versión completa de 18 ítems), medida por el coeficiente alfa de Cronbach. Si sólo consideráramos los 4 primeros ítems el alfa se incrementaría hasta 0,75: los ítems 5 y 6 presentan una muy baja correlación con el test, una vez excluidos de él (0,36 y 0,16, respectivamente). La estabilidad temporal de la versión reducida es de $r=0,74$ en un retest a los 21 días²⁵.
- **EAT-40 (Eating Attitudes Test)**: es un cuestionario autoaplicado diseñado para evaluar síntomas y conductas comunes en TCA, proporcionando asimismo un índice de gravedad del trastorno. Consta de 40 ítems en escala Likert de 6 puntos. La puntuación total que proporciona permite distinguir entre pacientes anoréxicos y población normal, pacientes bulímicos y población normal, pero no permite distinguir entre anoréxicos y bulímicos²⁶. La consistencia interna de este instrumento es de 0,97 y la fiabilidad test-retest es igual a 0,96.
- **BITE (Bulimic Investigatory Test Edinburgh)**: es un cuestionario autoaplicado diseñado para identificar a aquellos sujetos que presentan síntomas bulímicos. Consta de 33 ítems con distintos formatos de respuesta en función de la sintomatología evaluada. El estudio de Fonseca-Pedrero et al. (2011) mostró que el cuestionario tiene una estructura invariante ante variables como la edad y el sexo. La consistencia interna de la prueba para la escala de síntomas fue de 0,95 y para la escala de gravedad fue de 0,70²⁷.
- **BIS-11 (Barratt Impulsiveness Scale, v11)**: es un instrumento autoaplicado diseñado para evaluar impulsividad, tanto cognitiva, como motora y no planeada. Consta de 34 ítems en formato de escala Likert de 4 puntos. En el estudio de validación española se obtuvo una fiabilidad test-retest tras 2 meses igual a 0,89 y una consistencia interna igual a 0,87. En el análisis factorial se obtuvo una solución bidimensional^{28,29}.
- **SDI (Sheehan Disability Inventory)**: es un instrumento para evaluar el nivel de discapacidad de los pacientes psiquiátricos. Consta de 5 ítems que se agrupan en 3 escalas: discapacidad, formada por los 3 primeros ítems que evalúan el grado en que los síntomas interfieren con 3 dominios de la vida de los pacientes; estrés percibido, 1 ítem que evalúa el grado en que, desde la última visita, los acontecimientos estresantes y los problemas personales le han dificultado la vida; apoyo social percibido, 1 ítem que evalúa el apoyo que el paciente ha obtenido respecto del que necesitaba en la última semana. Los 4 primeros ítems se puntúan con una escala Likert de 0 a 10. El ítem 5 se puntúa con una escala de porcentaje en la que el 100% significa que ha recibido todo el apoyo que necesitaba. El marco de referencia temporal es el momento actual. Las propiedades psicométricas de este instrumento apoyan la estructura unidimensional de la prueba y una fiabilidad obtenida por consistencia interna igual a 0,83³⁰.
- **Q-LES-Q (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire)**: evalúa la satisfacción y el placer del paciente con su vida cotidiana. Se trata de un instrumento aplicable a todo tipo de pacientes independientemente del diagnóstico y tratamiento. Consta de 93 ítems en escala Likert de 5 puntos, y las áreas que explora son: estado de salud, estado de ánimo, trabajo, actividades del hogar, tareas de clase/curso, actividades de tiempo libre, relaciones sociales, actividades generales, satisfac-

ción con la medicación y la satisfacción global. El marco de referencia temporal es la semana pasada³¹. En lo que respecta a la fiabilidad, hay estudios que destacan que la consistencia interna es superior a 0,70³².

Procedimiento

Se realizó un estudio transversal *ex post facto* para evaluar la presencia de síntomas sugestivos de TDAH del adulto en una muestra de pacientes diagnosticados de TCA, y la repercusión de estos síntomas en su funcionalidad y calidad de vida, además de en la severidad del TCA. Los participantes en el estudio fueron evaluados por tres investigadores entrenados, comenzando por la recogida de datos sociodemográficos y clínicos. Después se aplicó la escala ASRS v1.1 para evaluar la presencia de síntomas sugestivos de TDAH del adulto, estableciéndose dos grupos según las propiedades psicométricas establecidas del referido test³³. De esta manera queda dicotomizada la muestra entre pacientes con síntomas sugestivos de TDAH del adulto (grupo-TDAH) y otro sin dichos síntomas (No-TDAH). Además, todos los participantes fueron evaluados mediante las escalas EAT-40, BITE, BIS-11, SDI y Q-LES-Q antes descritas, para identificar diferencias entre ambos grupos.

Análisis de datos

Se empleó el programa estadístico denominado "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS v.23 para Windows). Para estudiar la homogeneidad de los dos grupos en las variables sociodemográficas y clínicas, se llevaron a cabo pruebas t para muestras independientes en el caso de que la variable dependiente fuese cuantitativa, también se calcularon pruebas χ^2 de asociación entre variables cualitativas, ofreciéndose el valor del coeficiente V de Cramer en los resultados significativos. Por otra parte, para estudiar la capacidad predictiva de la sintomatología TDAH sobre las variables objeto de estudio, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal simple, ofreciéndose el valor del coeficiente de determinación como medida de la capacidad predictiva del modelo. El nivel de significación estadística fue $\alpha=0,05$.

RESULTADOS

Homogeneidad de los grupos de comparación

El estudio de la homogeneidad de ambos grupos en las variables sociodemográficas y de historia clínica se ofrece en la Tabla 1.

A la vista de los resultados, no se encuentra evidencia de diferencias entre ambos grupos en la mayoría de las variables consideradas para el presente estudio. No obstante, sí existen diferencias significativas en el nivel educativo, siendo el porcentaje de estudiantes universitarios en el grupo de sintomatología TDAH significativamente menor ($=6,010$, $p<0,05$; $V=0,26$). Además, los pacientes del grupo de sintomatología TDAH presentan una historia de seguimiento por psicología más larga ($\chi^2_1=5,233$, $p<0,05$; $V=0,25$).

El rol de la sintomatología TDAH en la gravedad clínica de los pacientes con TCA

En la Tabla 2 se ofrecen los resultados del análisis de regresión lineal simple utilizando la variable generada tras aplicar el punto de corte de la escala ASRS para la presencia de sintomatología sugestiva de TDAH del adulto como variable independiente (los detalles relativos a los valores de los estadísticos de contraste y los errores típicos están disponibles bajo petición al autor principal). Las variables dependientes, consideradas una a una son las puntuaciones en el EAT-40, y las dimensiones del BITE y del BIS-11.

Los resultados muestran que los pacientes que no tienen sintomatología sugestiva de TDAH del adulto tienen un valor medio estimado en la escala EAT-40 de entre 28,95 a 44,12 puntos. En el grupo de pacientes con síntomas sugestivos de TDAH del adulto esta puntuación se ve incrementada de manera significativa entre 9,19 a 30,30 puntos. La capacidad predictiva de la sintomatología TDAH es del 14%.

En lo que respecta a las dimensiones de la escala BITE, se observa que los pacientes con sintomatología sugestiva de TDAH del adulto pueden ver significativamente incrementada sus puntuaciones tanto en la escala de sintomatología como en la de severidad del trastorno. Este incremento oscila entre 0,75 a 6,26 puntos para la dimensión de síntomas y entre 1,81 a 7,20 puntos para la dimensión severidad. El coeficiente de determinación para estas variables es 0,07 y 0,11 respectivamente.

La presencia de sintomatología sugestiva de TDAH del adulto es relevante también a la hora de considerar las dimensiones de la impulsividad cognitiva y motora, los pacientes que presentan esta sintomatología tienden a destacar por término medio entre 1,04 a 5,01 puntos por encima de los pacientes sin síntomas de TDAH del adulto en impulsividad cognitiva. La misma situación se presenta en el caso de la impulsividad motora, donde este incremento oscilaría entre 1,55 a 7,89 puntos, mientras que no hay evidencia de diferencias en impulsividad no planificada entre ambos grupos. Si se considera la impulsividad de manera global, se observa que el 8% de la varianza de las puntuaciones en la escala BIS-11 está asociada a la presencia de sintomatología sugestiva de TDAH del adulto.

Tabla 1	Características clínicas y demográficas de los participantes con/sin síntomas sugestivos de TDAH del adulto				
	TDAH	No TDAH	EC	gl	p
Edad	32,76 (DT=9,89)	30,84 (DT=9,75)	-0,94	87	0,351
Género			1,194	1	0,274
Masculino	1(25%)	3(75%)			
Femenino	45(52,9%)	40(47,1%)			
Estado civil			1,179	2	0,555
Soltero	26(47,3%)	29(52,7%)			
Casado/unión libre	15(57,7%)	11(42,3%)			
Separado/divorciado	5(62,57%)	3(37,5%)			
Nivel educativo			6,010	1	0,014(V=0,26)
Universitario	18(39,1%)	28(60,9%)			
No universitario	28(65,1%)	15(34,9%)			
Situación laboral			5,505	3	0,138
Estudiante	10(45,5%)	12(54,5%)			
Desempleado	11(64,7%)	6(35,3%)			
Trabajo en activo	16(42,1%)	22(57,9%)			
Jubilado/pensionista	9(75%)	3(25%)			
Historia familiar					
Psicológica	27(57,4%)	20(42,6%)	0,858	1	0,354
Psiquiátrica	23(59,0%)	16(41%)	1,265	1	0,261
Historia personal					
Psicológica	31(62%)	19(38%)	5,233	1	0,022(V=0,25)
Psiquiátrica	25(62,5%)	15(37,5%)	3,403	1	0,065
Diagnóstico clínico			5,066	4	0,281
Anorexia nerviosa purgativa/compulsiva	7(53,8%)	6(46,2%)			
Anorexia nerviosa restrictiva	2(22,2%)	7(77,8%)			
Bulimia nerviosa	18(58,1%)	13(54,2%)			
Trastorno por atracón	8(66,7%)	4(33,3%)			
TCA no especificado	11(45,8%)	13(54,2%)			
Tratamiento psicofarmacológico	27(57,4%)	20(42,6%)	1,638	1	0,201
Años de tratamiento	6,02 (DT=6,24)	4,85 (DT=4,16)	-0,918	68	0,362
Evolución del trastorno	12,01 (DT=8,40)	9,79 (DT=7,98)	-1,171	73	0,245

gl: grados de libertad; EC: Estadístico de contraste; Se destacan en negrita los valores p significativos

Tabla 2	Regresión lineal: ASRS (síntomas sugestivos de TDAH del adulto sí/no) y síntomas, gravedad e impulsividad						
	β_0	p	β_1	p	IC 95% β_0	IC 95% β_1	R^2
EAT-40	36,54	<0,0001	19,75	<0,0001	[28,95-44,12]	[9,19-30,30]	0,14
BITE							
Escala de síntomas	17,56	<0,0001	3,51	0,013	[15,58-19,54]	[0,75-6,26]	0,07
Escala de severidad	6,88	<0,0001	4,51	0,001	[4,95-8,82]	[1,81-7,20]	0,11
BIS-11							
Impulsividad cognitiva	16,58	<,0001	3,03	0,003	[15,16-18,01]	[1,04-5,01]	0,10
Impulsividad motora	18,61	<,0001	4,72	0,004	[16,33-20,88]	[1,55-7,89]	0,09
Impulsividad no planeada	18,74	<,0001	1,89	0,215	[16,59-20,90]	[-1,11-4,89]	0,02
Total	53,70	<,0001	9,69	0,008	[48,59-58,81]	[2,59-16,80]	0,08

β_0 : Intercepto; β_1 : Pendiente; IC: Intervalo de confianza.

Sintomatología de TDAH y calidad de vida en pacientes con TCA

La Tabla 3 ofrece los resultados del estudio de regresión lineal simple que permite estudiar la influencia de la sintomatología de TDAH en la calidad de vida de pacientes con diagnóstico de TCA. Al igual que en la tabla de resultados anterior, se utiliza como variable predictora la dicotomización, anteriormente explicada, de la puntuación de la escala ASRS. Las variables dependientes consideradas de manera individual analizadas en este caso son cada una de las dimensiones de la escala Q-LES-Q y de la escala SDI.

Analizando las dimensiones de la escala Q-LES-Q de manera global, se observa que la presencia de sintomatología TDAH en pacientes con TCA se relaciona con una menor puntuación en cada una de las dimensiones de esta escala, salvo en las dimensiones de actividades del hogar, tareas académicas y en la satisfacción con la medicación, donde no se han encontrado evidencias de diferencias estadísticamente relevantes entre ambos grupos. Las dimensiones donde se produce un decremento más pronunciado de las puntuaciones en función de la presencia de sintomatología de TDAH son en estado de ánimo, a nivel laboral y de actividades generales, donde el porcentaje de varianza explicado por la variable predictora se sitúa en torno al 10%.

En el caso de las dimensiones de la escala SDI, se observa una mayor disfunción para aquellos pacientes que tienen sintomatología de TDAH. Esta mayor disfunción es especialmente importante en la escala de vida social, donde un 14% de varianza de las puntuaciones de esta dimensión están asociadas a la presencia de sintomatología sugestiva de

TDAH del adulto. En el caso de la percepción de apoyo social, las personas con sintomatología de TDAH ven disminuida su puntuación por término medio entre 1,63 a 27,14 a puntos. Nótese que una mayor puntuación en la dimensión de apoyo social percibido implica una mayor percepción de apoyo por parte del paciente.

CONCLUSIONES

El principal objetivo del presente estudio era la constatación de que los síntomas sugestivos de TDAH condicionan, en los pacientes con TCA, la intensidad y gravedad de la sintomatología, la impulsividad y variables relacionadas con la calidad de vida y funcionalidad de pacientes con diagnóstico de TCA. Los resultados permiten comprobar que los pacientes con TCA y además sintomatología sugestiva de TDAH del adulto presentan, por término medio, peor sintomatología clínica, mayor gravedad de la misma, mayor impulsividad, peor calidad de vida y sentimientos de discapacidad. Se discuten a continuación los resultados obtenidos, analizando posteriormente las limitaciones inherentes al presente trabajo y futuras líneas de investigación, y, finalmente, se exponen las implicaciones clínicas e investigadoras de los resultados.

Sintomatología, gravedad e impulsividad

Concluimos que la sintomatología TDAH predice significativamente en los pacientes con TCA una mayor gravedad de sintomatología alimentaria de forma global y que de la misma manera se incrementa el riesgo de tener conductas

Tabla 3	Regresión lineal: ASRS (síntomas sugestivos de TDAH del adulto sí/no) y medida de calidad de vida y discapacidad						
	β_0	p	β_1	p	IC 95% β_0	IC 95% β_1	R^2
Q-LES-Q							
Estado de salud física	41,44	<0,0001	-6,96	0,004	[38,07-44,81]	[-11,65--2,28]	0,09
Estado de ánimo	45,05	<0,0001	-8,44	0,003	[41,17-48,92]	[-13,83--3,05]	0,10
Trabajo	52,15	<0,0001	-5,99	0,024	[48,57-55,73]	[-11,15--0,83]	0,10
Actividades del hogar	35,57	<0,0001	-3,41	0,105	[32,48-38,67]	[-7,56-0,74]	0,03
Tareas de clase/curso	38,13	<0,0001	-4,08	0,236	[33,60-42,66]	[-10,92-2,77]	0,04
Actividades de tiempo libre	20,88	<0,0001	-2,91	0,020	[19,13-22,64]	[-5,35--0,46]	0,06
Relaciones sociales	41,56	<0,0001	-4,52	0,022	[38,79-44,33]	[-8,37-0,66]	0,06
Actividades generales	54,48	<0,0001	-7,84	0,006	[50,54-58,41]	[-13,37--2,32]	0,09
Satisfacción con la medicación	3,58	<0,0001	-0,26	0,251	[3,23-3,92]	[-0,71-0,19]	0,02
Satisfacción global	3,30	<0,0001	-0,67	0,005	[2,97-3,63]	[-1,13--0,21]	0,09
SDI							
Trabajo	4,02	<0,0001	1,93	0,009	[2,99-5,06]	[0,50-3,37]	0,08
Vida social	5,05	<0,0001	2,21	<0,0001	[4,20-5,89]	[1,04-3,39]	0,14
Vida familiar	5,28	<0,0001	2,03	0,002	[4,38-6,18]	[0,77-3,28]	0,11
Estrés percibido	5,54	<0,0001	1,77	0,002	[4,76-6,31]	[0,69-2,85]	0,11
Apoyo social percibido	67,21	<0,0001	-14,38	0,028	[58,04-76,38]	[-27,14--1,63]	0,06
Trabajo + vida social + vida familiar	14,21	<0,0001	6,31	<0,0001	[11,79-16,64]	[2,95-9,66]	0,14

β_0 : Intercepción; β_1 : Pendiente; IC: Intervalo de Confianza.

purgativas más graves si hay sintomatología TDAH. Recientes trabajos³⁴ confirman estos hallazgos utilizando el mismo instrumento, ligando la aparición de TCA en trastornos neuropsiquiátricos como TDAH y autismo^{9,12} y constatan el poder predictivo de la sintomatología TDAH en la conducta purgativa pero no en la restrictiva.

Se ha intentado fundamentar esta asociación TDAH-TCA purgativos en base a varios postulados³⁵: 1) la conducta impulsiva en los pacientes TDAH lleva a una conducta alimentaria desordenada; 2) otras comorbilidades psicológicas existentes en el TDAH condicionan el TCA; 3) los malos hábitos alimentarios y los déficits nutricionales consecuentes predisponen a síntomas TDAH; y 4) otros factores de riesgo comunes a TDAH y TCA contribuyen a la coincidencia de ambas enfermedades. Por tanto, es conocido que la relación entre la impulsividad del TDAH y la del TCA está clara como señalan los numerosos trabajos sobre esto^{1,4,36-38}, específicamente

en BN y anorexia nerviosa purgativa (ANp)^{7,39}. En nuestra muestra se ha encontrado que puntuaciones altas de síntomas purgativos en el grupo TDAH tienden a relacionarse con mayor impulsividad cognitiva y motora, lo que podría considerarse un patrón de vulnerabilidad común con un posible impacto en el desarrollo y evolución del TCA³⁶.

El hecho de que el grupo con síntomas TDAH de nuestro estudio tenga antecedentes de haber precisado mayor asistencia psicológica podría explicarse por la presencia de un TDAH a veces sin diagnosticar ni tratar desde la infancia. Es importante observar que el TDAH, cuyo subtipo más frecuente en niñas es el inatento, quedaría enmascarado por la problemática clínica del TCA, condicionando una mayor tendencia a la cronicidad por dicha comorbilidad⁴⁰. Por otro lado, hay trabajos⁴¹ que señalan al consumo de sustancias de abuso en los pacientes con sintomatología TDAH como una causa de agravamiento y a veces de enmascaramiento del

TCA en la adolescencia. Aunque esta conclusión de nuestro trabajo se extrae de una muestra donde predominan las formas purgativas, hay datos que apuntan a que son las formas restrictivas las que tienen más antecedentes de comorbilidad psiquiátrica y de tratamiento psicofarmacológico previo⁴².

Funcionalidad y calidad de vida

Como se muestra en la revisión de Aght al.⁴³ la repercusión de los TCA en la calidad de vida de las personas y en los costes sanitarios es muy significativa. Sin embargo, la mayoría de los estudios sobre la calidad de vida en TCA con TDAH versan sobre la cirugía de la obesidad⁴⁴ o sobre el tratamiento con estimulantes para los síntomas TDAH⁴⁵. Sí que se han documentado estudios, donde se ha visto la repercusión del TDAH en el adulto sobre la calidad de vida y como finalmente el tratamiento específico puede repercutir de manera favorable en una mejora de ésta y de la funcionalidad de los pacientes²¹⁻²³. Hemos comprobado en nuestra muestra que tener síntomas de TDAH se relaciona con una mayor afectación en la calidad de vida a diversos niveles, como el estado físico, el trabajo, el tiempo libre, las relaciones sociales, y actividades generales, y además conlleva un peor estado de ánimo y una menor satisfacción global. Los sujetos en el grupo TDAH también mostraron mayor discapacidad, mostrando peores evaluaciones de su situación social, familiar y mayor percepción de estrés. La sintomatología de TDAH estaría afectando de manera directa en las distintas áreas y, por lo tanto, sería crucial su diagnóstico precoz y tratamiento¹⁵. En conclusión, la sintomatología TDAH es una coincidencia diagnóstica desfavorable para mujeres adultas que padecen un TCA.

Limitaciones y perspectivas futuras

El presente estudio no está exento de limitaciones. Una limitación estaría relacionada con el reducido porcentaje de pacientes con cada uno de los diagnósticos de TCA que no ha permitido valorar las diferencias significativas por trastornos. Por otra parte, hubo un grupo de pacientes que rehusaron a participar y que su situación clínica inestable no permitió ser evaluada, pudiendo en cierta medida ser objeto de un infradiagnóstico de pacientes con peor pronóstico y consecuentemente infravalorándose el posible diagnóstico de síntomas sugestivos de TDAH. Otra limitación está asociada al uso de la escala ASRS de *screening* para diferenciar los grupos sugestivos de TDAH del adulto, ya que se trata de una herramienta de cribaje y no de diagnóstico, lo que puede orientar a realizar nuevos estudios utilizando herramientas de evaluación diagnósticas más precisas, como serían entrevistas diagnósticas específicas de TDAH en el adulto, además de estudiar distintas comorbilidades que suelen presentar las personas que padecen TCA, como trastornos

de ansiedad, depresivos, obsesivos o de personalidad. Estas limitaciones se deben tomar como puntos de partida para futuras investigaciones, puesto que, en la actualidad, pocos estudios se han centrado en la relación TCA-TDAH. La falta de investigación de esta comorbilidad podría deberse a diversos factores, entre ellos las mayores tasas de prevalencia del TDAH en varones que en mujeres y la mayor prevalencia de TCA en mujeres; también el hecho de que la mayor parte de los estudios sobre este tema se llevan a cabo en población infantil y adolescente; o el uso de muestras pequeñas y metodologías dispares¹⁰. Dado que el presente estudio incluyó a pacientes adultos, en su mayoría mujeres (95,5%), los datos ofrecen una visión interesante de la evolución de un TCA en la edad adulta.

La identificación de este perfil de pacientes, con cuadros de TCA más graves y de más tiempo de evolución, y con un marcado componente impulsivo, que podría tener un TDAH comórbido interfiriendo con la mejoría de la clínica alimentaria, tiene importantes implicaciones clínicas dado el impacto que tiene sobre la adaptación psicosocial de la paciente, en su calidad de vida, funcionalidad y en su sensación subjetiva de discapacidad. Por lo tanto, es importante evaluar los síntomas de TDAH en las pacientes con clínica TCA, considerando una posible comorbilidad y su repercusión en el tratamiento y evolución posterior. Teniendo en cuenta el impacto de estas variables en la evolución del paciente y el tratamiento, otro objetivo de este estudio es evaluar la forma en que la sintomatología de TDAH influye sobre aspectos psicopatológicos como la impulsividad y sobre parámetros como la calidad de vida y discapacidad.

Este estudio pone de relieve la necesidad de continuar la investigación en este campo para asegurar el diagnóstico preciso y temprano de TDAH en pacientes con TCA y para proporcionar un tratamiento precoz orientado en estos pacientes a controlar mejor sus síntomas y evitar su cronicidad.

Por todo lo anterior y a pesar de las limitaciones, los resultados arrojados señalan la necesidad de continuar investigando en esta línea sobre la asociación de los TCA con el TDAH por las implicaciones a nivel terapéutico y de pronóstico del TCA que conlleva.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mikami AY, Hinshaw SP, Patterson KA, Lee JC. Eating pathology among adolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Abnorm Psychol.* 2008;117(1):225-35.
2. Quinn PO. Attention-deficit/hyperactivity disorder and its comorbidities in women and girls: an evolving picture. *Curr*

- Psychiatry Rep. 2008;10(5):419-23.
3. Biederman J, Ball SW, Monuteaux MC, Surman CB, Johnson JL, Zeitlin S. Are girls with ADHD at risk for eating disorders? Results from a controlled, five-year prospective study. *J Dev Behav Pediatr.* 2007;28(4):302-7.
 4. Fernandez-Aranda F, Aguera Z, Castro R, Jimenez-Murcia S, Ramos-Quiroga JA, Bosch R, et al. ADHD symptomatology in eating disorders: a secondary psychopathological measure of severity? *BMC psychiatry.* 2013;13:166.
 5. Stulz N, Hepp U, Gachter C, Martin-Soelch C, Spindler A, Milos G. The severity of ADHD and eating disorder symptoms: a correlational study. *BMC psychiatry.* 2013;13:44.
 6. Cortese S, Angriman M, Maffei C, Isnard P, Konofal E, Lecendreux M, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and obesity: a systematic review of the literature. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2008;48(6):524-37.
 7. Sobanski E, Bruggemann D, Alm B, Kern S, Deschner M, Schubert T, et al. Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2007;257(7):371-7.
 8. Surman CB, Randall ET, Biederman J. Association between attention-deficit/hyperactivity disorder and bulimia nervosa: analysis of 4 case-control studies. *J Clin Psychiatry.* 2006; 67(3):351-4.
 9. Bleck J, DeBate RD. Exploring the co-morbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with eating disorders and disordered eating behaviors in a nationally representative community-based sample. *Eat Behav.* 2013;14(3):390-3.
 10. Nazar BP, Pinna CM, Coutinho G, Segenreich D, Duchesne M, Appolinario JC, et al. Review of literature of attention-deficit/hyperactivity disorder with comorbid eating disorders. *Rev Bras Psiquiatr (Sao Paulo, Brazil).* 2008;30(4):384-9.
 11. Seitz J, Kahraman-Lanzerath B, Legenbauer T, Sarrar L, Herpertz S, Salbach-Andrae H, et al. The role of impulsivity, inattention and comorbid ADHD in patients with bulimia nervosa. *PloS one.* 2013;8(5):e63891.
 12. Bleck JR, DeBate RD, Olivardia R. The Comorbidity of ADHD and Eating Disorders in a Nationally Representative Sample. *J Behav Health Serv Res.* 2015;42(4):437-51.
 13. Sobanski E, Bruggemann D, Alm B, Kern S, Philipsen A, Schmalzried H, et al. Subtype differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) with regard to ADHD-symptoms, psychiatric comorbidity and psychosocial adjustment. *Eur Psychiatry.* 2008;23(2):142-9.
 14. Wilens TE, Biederman J, Faraone SV, Martelon M, Westenberg D, Spencer TJ. Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbid disorders in clinically referred adults with ADHD. *J Clin Psychiatry.* 2009;70(11):1557-62.
 15. Ioannidis K, Serfontein J, Muller U. Bulimia nervosa patient diagnosed with previously unsuspected ADHD in adulthood: clinical case report, literature review, and diagnostic challenges. *Int J Eat Disord.* 2014;47(4):431-6.
 16. Winkler LA, Christiansen E, Lichtenstein MB, Hansen NB, Bilenberg N, Stoving RK. Quality of life in eating disorders: a meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2014;219(1):1-9.
 17. de la Rie SM, Noordenbos G, van Furth EF. Quality of life and eating disorders. *Qual Life Res.* 2005;14(6):1511-22.
 18. Jenkins PE, Hoste RR, Meyer C, Blissett JM. Eating disorders and quality of life: a review of the literature. *Clin Psychol Rev.* 2011;31(1):113-21.
 19. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C, Beumont PJ. Assessing quality of life in eating disorder patients. *Qual Life Res.* 2005;14(1):171-8.
 20. Pollack LO, McCune AM, Mandal K, Lundgren JD. Quantitative and Qualitative Analysis of the Quality of Life of Individuals With Eating Disorders. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2015;17(2).
 21. Philipsen A, Tebartz van Elst L, Graf E. Quality of Life of Adult Patients With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Taking Methylphenidate-Reply. *JAMA Psychiatry.* 2016;73(5):534-5.
 22. Adler LA, Dirks B, Deas P, Raychaudhuri A, Dauphin M, Saylor K, et al. Self-Reported quality of life in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and executive function impairment treated with lisdexamfetamine dimesylate: a randomized, double-blind, multicenter, placebo-controlled, parallel-group study. *BMC psychiatry.* 2013;13:253.
 23. Karlsdotter K, Bushe C, Hakkaart L, Sobanski E, Kan CC, Lebec J, et al. Burden of illness and health care resource utilization in adult psychiatric outpatients with attention-deficit/hyperactivity disorder in Europe. *Curr Med Res Opin.* 2016;1-35.
 24. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington, Va.: American Psychiatric Association; 2013. XLIV, p. 947.
 25. Pedrero Perez EJ, Puerta Garcia C. [ASRS v.1.1., a tool for attention-deficit/hyperactivity disorder screening in adults treated for addictive behaviors: psychometric properties and estimated prevalence]. *Adicciones.* 2007;19(4):393-407.
 26. Castro J, Toro J, Salmero M, Guimera E. The Eating Attitude Test: validation of the Spanish version. *Psychol Assess.* 1991;7:175-90.
 27. Fonseca-Pedrero E, Sierra-Baigrie S, Paino M, Lemos-Giráldez S, Muñiz J. Factorial structure and measurement invariance of the Bulimic Investigatory Test, Edinburgh across gender and age. *Int J Clin Health Psychol.* 2011;11(1):109-23.
 28. Oquendo M, Baca-García E, Graver R, Morales M, Montalban V, Mann J. Spanish adaptation of Barratt Impulsiveness Scale (BIS). *Eur J Psychiatry.* 2001;15:147-55.
 29. Martínez-Loredo V, Fernández-Hermida JR, Fernández-Artamendi S, Carballo JL, García-Rodríguez O. Spanish adaptation and validation of the Barratt Impulsiveness Scale for early adolescents (BIS-11-A). *Int J Clin Health Psychol.* 2015;15(3):274-82.
 30. Luciano JV, Bertsch J, Salvador-Carulla L, Tomas JM, Fernandez A, Pinto-Meza A, et al. Factor structure, internal consistency and construct validity of the Sheehan Disability Scale in a Spanish primary care sample. *J Eval Clin Pract.* 2010;16(5):895-901.
 31. Bishop SL, Walling DP, Dott SG, Folkes CC, Bucy J. Refining quality of life: validating a multidimensional factor measure in the severe mentally ill. *Qual Life Res.* 1999;8(1-2):151-60.
 32. Harnam N, Wyrwich KW, Revicki D, Locklear JC, Endicott J. The Measurement of Health-Related Quality of Life in a Population with Generalized Anxiety Disorder – Findings from the QUEST Study. In: Selek S, editor. *Different Views of Anxiety Disorders InTech;* 2011. p. 199-216.
 33. Daigre Blanco C, Ramos-Quiroga J, Valero S, Bosch R, Roncero C, Gonzalvo B, et al. Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) symptom checklist in patients with substance use disorders. *Actas Esp Psiquiatr.* 2009 Nov-Dec;37(6):299-305.
 34. Karjalainen L, Gillberg C, Rastam M, Wentz E. Eating disorders and eating pathology in young adult and adult patients with ESSENCE. *Compr Psychiatry.* 2016;66:79-86.
 35. Ptacek R, Stefano GB, Weissenberger S, Akotia D, Raboch J, Papezova H, et al. Attention deficit hyperactivity disorder and disordered eating behaviors: links, risks, and challenges faced. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016;12:571-9.
 36. Nandagopal JJ, Fleck DE, Adler CM, Mills NP, Strakowski SM, DelBello MP. Impulsivity in adolescents with bipolar disorder

- and/or attention-deficit/hyperactivity disorder and healthy controls as measured by the Barratt Impulsiveness Scale. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2011;21(5):465-8.
37. Sokol MS, Gray NS, Goldstein A, Kaye WH. Methylphenidate treatment for bulimia nervosa associated with a cluster B personality disorder. *Int J Eat Disord*. 1999;25(2):233-7.
38. Claes L, Nederkoorn C, Vandereycken W, Guerrieri R, Vertommen H. Impulsiveness and lack of inhibitory control in eating disorders. *Eat behav*. 2006;7(3):196-203.
39. Sernec K, Tomori M, Zalar B. Effect of management of patients with Anorexia and Bulimia nervosa on symptoms and impulsive behavior. *Coll Antropol*. 2010;34(4):1281-7.
40. Mattos P, Rohde LA, Polanczyk GV. ADHD is undertreated in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr (Sao Paulo, Brazil : 1999)*. 2012;34(4):513-6.
41. Gibbs EL, Kass AE, Eichen DM, Fitzsimmons-Craft EE, Trockel M, Wilfley DE. Attention-deficit/hyperactivity disorder-specific stimulant misuse, mood, anxiety, and stress in college-age women at high risk for or with eating disorders. *J Am Coll Health*. 2016;64(4):300-8.
42. Monge MC, Forman SF, McKenzie NM, Rosen DS, Mammel KA, Callahan ST, et al. Use of Psychopharmacologic Medications in Adolescents With Restrictive Eating Disorders: Analysis of Data From the National Eating Disorder Quality Improvement Collaborative. *J Adolesc Health*. 2015;57(1):66-72.
43. Agh T, Kovacs G, Supina D, Pawaskar M, Herman BK, Voko Z, et al. A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Eat Weight Disord*. 2016;21(3):353-64.
44. Runfola CD, Allison KC, Hardy KK, Lock J, Peebles R. Prevalence and clinical significance of night eating syndrome in university students. *J Adolesc Health*. 2014;55(1):41-8.
45. Wolff C, Alfred A, Lindermuller A, Rettig K, Mattejat F, Gerwe M, et al. Effect of transitioning from extended-release methylphenidate onto osmotic, controlled-release methylphenidate in children/adolescents with ADHD: results of a 3-month non-interventional study. *Curr Med Res Opin*. 2011;27(Suppl 2):35-44.